



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2015

---

**Migration von Gesundheitskräften: Menschenrechtliche Aspekte des  
WHO-Verhaltenskodex zur international Anwerbung von  
Gesundheitspersonal**

Dagron, Stéphanie ; Richter, Julia

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-114239>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Dagron, Stéphanie; Richter, Julia (2015). Migration von Gesundheitskräften: Menschenrechtliche Aspekte des WHO-Verhaltenskodex zur international Anwerbung von Gesundheitspersonal. Jusletter, (24.08.2015):online.

Stéphanie Dagron / Julia Richter

## **Migration von Gesundheitsfachkräften**

### **Menschenrechtliche Aspekte des WHO-Verhaltenskodex zur Internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal**

---

2014 zeigte die rasche Ausbreitung der Ebola-Epidemie in Westafrika die fatalen Folgen des globalen Mangels an Gesundheitspersonal. In Entwicklungsländern werden diese Engpässe durch die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften in Industriestaaten verschärft. Dies ist nicht zuletzt das Resultat gezielter Rekrutierungspraktiken wohlhabender Staaten, die ihren Mangel an Gesundheitspersonal mit ausländischem Personal zu decken versuchen. Der Beitrag zeigt, welche menschenrechtlichen Fragen sich in diesem Zusammenhang stellen und welche Antworten der WHO-Verhaltenskodex für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften darauf gibt.

---

Beitragsarten: Beiträge

Rechtsgebiete: Gesundheitsrecht; Ausübung von Gesundheitsberufen, Berufspolitik; Menschenrechte

Zitiervorschlag: Stéphanie Dagron / Julia Richter, Migration von Gesundheitsfachkräften, in: Jusletter 24. August 2015

## Inhaltsübersicht

- I. Einleitung
- II. Die Migration von Gesundheitspersonal und Menschenrechte
  - 1. Migration und Recht auf Gesundheit
    - 1.1. Migration und Garantie der «primären Gesundheitsversorgung»
    - 1.2. Migration und Recht auf Unterstützung
  - 2. Menschenrechtlicher Schutz der Migrantinnen und Migranten
    - 2.1. Das Recht, das Land zu verlassen
    - 2.2. Das Recht auf Gleichbehandlung am Arbeitsplatz
- III. Migration und Schutzmechanismen des WHO-Verhaltenskodex
  - 1. Schaffung eines nachhaltigen Personalbestands
  - 2. Besonderer Schutz der Entwicklungsländer
  - 3. Schutz der Rechte der Arbeitskräfte
- IV. Ausblick

## I. Einleitung

[Rz 1] Der Ausbruch und die rasante Verbreitung des Ebola-Virus in Westafrika zeigen auf dramatische Art und Weise die Auswirkungen einer mangelhaften Gesundheitsinfrastruktur. Die Krankheit trifft in erster Linie die «globalen Verlierer»<sup>1</sup> und wird in der Presse als «Krankheit der Armen»<sup>2</sup> bezeichnet. Der Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal gehört zu den zentralen Problemen bei der Bekämpfung der Epidemie. Die Zahlen sprechen für sich: auf 10' 000 Einwohner kommen in Sierra Leone 0,2 Ärzte und in Liberia 0,1 Ärzte. Im Vergleich dazu hat die Schweiz 40,5 Ärzten für 10' 000 Einwohner.<sup>3</sup>

[Rz 2] 2014 schätzte die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass sich der weltweite Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal<sup>4</sup> auf 7,2 Millionen Fachkräfte beläuft.<sup>5</sup> Darunter leiden vor allem Entwicklungsländer: so müssten beispielsweise viele Staaten in Subsahara-Afrika ihren Personalbestand im Gesundheitswesen verdreifachen, um die gesundheitsbezogenen Millenniumsziele erreichen zu können.<sup>6</sup> Dieser Trend wird durch die Migration von Gesundheitspersonal von armen in reichere Staaten verschärft, die durch eine Kombination von gegenläufigen Faktoren (sogenannten Push- und Pull Faktoren) hervorgerufen wird. Auf der einen Seite treiben Armut und schlechte Arbeitsbedingungen Fachkräfte zur Emigration. Andererseits bieten Industriestaaten aufgrund hö-

---

<sup>1</sup> DAVID SIGNER, Ebola und die Wunden Stellen der Welt, in: *Neue Zürcher Zeitung*, 22. August 2014, <http://www.nzz.ch/meinung/kommentare/ebola-und-die-wunden-stellen-der-welt-1.18368437> (alle Internetquellen zuletzt besucht am 2. Juli 2015).

<sup>2</sup> TOBIAS ZICK, Eine Krankheit der Armen, in: *Süddeutsche Zeitung*, 8. August 2014, <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/ebola-krankheit-der-armen-1.2082127>.

<sup>3</sup> WHO, World Health Statistics 2015, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1), S. 116 ff.

<sup>4</sup> Die Definition der WHO von «Gesundheitspersonal» umfasst alle Personen, die sich in irgendeiner Art und Weise für die Verbesserung der Gesundheit einsetzen. Darunter fallen beispielsweise auch Eltern, die sich zuhause um ihr krankes Kind kümmern (WHO, Working Together for Health, World Health Report, 2006, [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1), S. 1). In diesem Beitrag werden jedoch nur qualifizierte Gesundheitsfachkräfte thematisiert, die sich dazu entschlossen, für einen längeren Zeitraum in einem anderen Land ein reguläres Arbeitsverhältnis im Gesundheitsbereich einzugehen. Bewusst nicht berücksichtigt werden damit die irreguläre Migration und die sogenannte Care-Migration.

<sup>5</sup> WHO/GHWA, Health Workforce 2030, A global strategy on human resources for health, 204, [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/strategy\\_brochure9-20-14.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/strategy_brochure9-20-14.pdf?ua=1), Abs. 3.

<sup>6</sup> WHO, Working Together for Health (Fn. 4), S. 19; JUDITH BUENO DE MESQUITA / MATT GORDON, The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis, Medact, London 2005, S. 23.

herer Löhne und einer besseren Gesundheitsinfrastruktur eine attraktive Arbeitsalternative – das Lohnniveau für auswandernde Fachkräfte im Zielstaat beträgt teilweise das 24-fache ihres Heimatlandes.<sup>7</sup> So handelt es sich bei den Herkunftsländern meistens um Entwicklungsländer und bei den Zielstaaten der Migrantinnen und Migranten in den meisten Fällen um wohlhabende Länder mit einem Mangel an ausgebildetem Gesundheitspersonal,<sup>8</sup> die ihren Personalnotstand durch Rekrutierung jenseits der Grenzen ausgleichen.<sup>9</sup> Die Auswirkungen dieses Phänomens sind dramatisch, da ein ausreichender und nachhaltiger Personalbestand den Kern eines funktionierenden und effizienten Gesundheitssystems bildet und die Rekrutierung und Abwanderung von qualifiziertem Gesundheitspersonal damit die Erreichung grundlegender Ziele der öffentlichen Gesundheit erschweren.<sup>10</sup>

[Rz 3] Die Debatte über die negativen Folgen der Emigration von Gesundheitsfachkräften durch Rekrutierung rückte in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus der Weltöffentlichkeit. In verschiedenen Resolutionen trägt die Weltgesundheitsversammlung der Bedeutung dieser Thematik Rechnung. Die Migration von Gesundheitspersonal ist als eines der zentralen Probleme für die Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern anerkannt worden sowie als eine der komplexesten Herausforderungen für den Aufbau von Gesundheitssystemen und für das Funktionieren etablierter Gesundheitssysteme.<sup>11</sup> Auch während der 68. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2015 wurde die Problematik thematisiert. Insbesondere wurde dort deutlich, dass die Relevanz und die Aktualität in Anbetracht demographischer und wirtschaftlicher Veränderungen und dem steigenden Mangel an Gesundheitsfachkräften ungebrochen bleiben.<sup>12</sup>

[Rz 4] Durch die Erarbeitung eines globalen Verhaltenskodex, der als «Richtschnur für Mitglied-

<sup>7</sup> DELANYO DOVLO, Taking More Than a Fair Share? The Migration of Health Professionals from Poor to Rich Countries, in: *PLoS Medicine*, Vol. 2, Nr. 5, 2005, S. 376–379, 376; ALLYN L. TAYLOR / LENIAS HWENDA / BJORN-INGE LARSEN / NILS DAULAIRE, Stemming the Brain Drain – A WHO Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, in: *The New England Journal of Medicine*, 365; 25, 22. Dezember 2001, S. 2348–2351, 2348.

<sup>8</sup> Prominent vertreten sind beispielsweise die OECD-Staaten (vgl. JEAN-CHRISTOPHE DUMONT / PASCAL ZURN, Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, in: OECD, *International Migration Outlook*, 2007, <http://www.oecd.org/migration/mig/41515701.pdf>, S. 161–228, 162.

<sup>9</sup> MARTIN LESCHHORN STREBEL, WHO-Kodex als zentrales Referenzwerk der schweizerischen Gesundheitsversorgung, in: *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz*, Nr. 126, Dezember 2012, S. 18; WHO-Regionalkomitee für Europa, Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der europäischen Region, EUR/RC57/9, 30. Juni 2007, Ziff. 21.

<sup>10</sup> ALLYN L. TAYLOR / LENIAS HWENDA / BJORN-INGE LARSEN / NILS DAULAIRE (Fn. 7), S. 2348. Neben der Rekrutierung von Gesundheitspersonal gibt es noch weitere Faktoren, die den Mangel an Fachkräften beeinflussen, im Rahmen dieses Beitrages aber nicht behandelt werden. Häufig ist die Behauptung, Entwicklungsländer seien einseitig von Rekrutierungspraktiken wohlhabender Staaten betroffen, zu eindimensional. Beispielsweise ist die Philippinische Regierung sehr proaktiv, was die Förderung der Abwanderungsbewegungen im Gesundheitsbereich betrifft, da die Wirtschaft des Landes stark von Geldsendungen ausgewandeter Fachkräfte an ihre Familien profitiert (CHRISTINE JOAN R. CO / KENNETH G. RONQUILLO, Monitoring the Code: The Philippines» multi-stakeholder approach, in: Siyam, Amani/Dal Poz, Mario Roberto (Hrsg.), *Migration of Health Workers. WHO Code of Practice and the global economic crisis*, Geneva, World Health Organisation, 2014, S. 43–50, 45).

<sup>11</sup> Vgl. die entsprechenden Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung: WHA 57.19 (2004) und WHA 58.17 (2005) zur internationalen Migration von Gesundheitspersonal als Problem für die Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern; WHA 59.27 (2006) zur raschen Ausweitung der Ausbildung von Gesundheitspersonal und zur Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens.

<sup>12</sup> WHO, Sixty-Eighth World Health Assembly, Report of the Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, A68/32, 20. Mai 2015.

staaten»<sup>13</sup> für die ethische internationale Rekrutierung von Gesundheitspersonal dienen soll, hat die WHO versucht, Prinzipien und Verhaltensregeln zu definieren. Der Globale Verhaltenskodex der WHO für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften wurde 2010 gemäss Artikel 23 der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Verfassung) als rechtlich nicht-bindende Empfehlung verabschiedet und stellt eine globale Antwort auf die oben geschilderten Herausforderungen dar.<sup>14</sup>

[Rz 5] Obwohl die Annahme des WHO-Verhaltenskodex einen Meilenstein bei der Bekämpfung der negativen Auswirkungen der Migration von Gesundheitsfachkräften darstellt, trägt die damit verbundene Debatte der Bedeutung von Menschenrechten nur teilweise Rechnung.<sup>15</sup> Dieser Beitrag betrachtet die Migration und die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften deshalb vor dem Hintergrund internationaler menschenrechtlicher Verpflichtungen der Staaten. Er zeigt auf, welche Rechte in diesem Zusammenhang relevant sind (Teil II) und stellt die Antworten im WHO-Verhaltenskodex dar (Teil III).

## II. Die Migration von Gesundheitspersonal und Menschenrechte

[Rz 6] Die Migration von Gesundheitsfachkräften hat Auswirkungen auf die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit jedes einzelnen Bürgers insbesondere in den Herkunftsländern (1) sowie auf die Verwirklichung bestimmter Rechte der migrierenden Gesundheitsfachkräfte in den Zielländern (2).

### 1. Migration und Recht auf Gesundheit

[Rz 7] Das Recht auf Gesundheit fand auf globaler Ebene erstmals explizite Erwähnung in der universellen Menschenrechtserklärung.<sup>16</sup> Zudem ist dieses Recht in vielen internationalen Menschenrechtsverträgen, zum Beispiel im UNO-Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte, verankert<sup>17</sup> sowie in regionalen Verträgen und nationalen Verfassungen festgehalten.<sup>18</sup> Durch

---

<sup>13</sup> Artikel 1 (1) und 2.2 Globaler Verhaltenskodex der WHO für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften, WHA 63.16, 21. Mai 2010.

<sup>14</sup> Der rechtlich unverbindliche Charakter wird auch in Artikel 2.1. des Verhaltenskodex explizit betont: «Der Kodex ist freiwillig. Mitgliedstaaten und andere Interessensgruppen sind ausdrücklich dazu aufgerufen, den Kodex zu befolgen.»

<sup>15</sup> Judith Bueno de Mesquita / Matt Gordon (Fn. 6), S. 7f.

<sup>16</sup> Artikel 25 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, A/RES/217, UN-Doc. 217/A-(III), angenommen von der UNO-Generalversammlung, 10. Dezember 1948.

<sup>17</sup> Artikel 12, Internationaler Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte. Abgeschlossen durch die UNO Generalversammlung, 16. Dezember 1966; Inkrafttreten: 3 Januar 1976.

<sup>18</sup> Beispiele für die Verankerung des Rechts auf Gesundheit in internationalen Menschenrechtsübereinkommen sind das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (Artikel 24; abgeschlossen in New York am 20. November 1989; Inkrafttreten: 2. September 1990), die Konvention zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen (Artikel 25; abgeschlossen in New York am 13. Dezember 2006; Inkrafttreten: 3. Mai 2008) oder das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (Artikel 10 und 12; abgeschlossen am 19. Dezember 1979; Inkrafttreten: 3. September 1981). Auf regionaler Ebene ist das Recht auf Gesundheit beispielsweise in der Europäischen Sozialcharta und in der Afrikanischen Menschenrechtscharta verankert (Artikel 11 Europäische Sozialcharta; abgeschlossen vom Europarat am 18. Oktober 1961; Inkrafttreten: 26. Februar 1965; Artikel 11 Afrikanische Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker. Abgeschlossen in Banjul am 27. Juni 1981; Inkrafttreten: 2. Oktober 1986). Zudem hat das Recht auf Gesundheit auch in viele nationale Verfassungen und Gesetzgebungsprozesse Eingang gefunden (beispielsweise die Verfassung von Chile

das Recht auf Gesundheit werden Kernverpflichtungen definiert, denen die Staaten in jedem Fall nachkommen müssen. Von grosser Bedeutung ist hierbei die diskriminierungsfreie Garantie einer «primären Gesundheitsversorgung».<sup>19</sup> Dazu gehören ein Recht auf ärztliche Betreuung und die Sicherstellung der «gerechte[n] Verteilung aller medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung»<sup>20</sup> (1.1). Zusätzliche Verpflichtungen haben in diesem Zusammenhang die wohlhabenden Staaten (1.2).

### 1.1. Migration und Garantie der «primären Gesundheitsversorgung»

[Rz 8] Die Realisierung der durch das Recht auf Gesundheit definierten Kernverpflichtungen muss unter Berücksichtigung der folgenden Elemente erfolgen: Zugänglichkeit, Verfügbarkeit, Annehmbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung.<sup>21</sup> Wie in den folgenden Abschnitten verdeutlicht wird, ist eine ausreichende Anzahl von qualifiziertem Gesundheitspersonal unverzichtbar, um diese Kriterien zu erfüllen.<sup>22</sup>

[Rz 9] Das Kriterium der Zugänglichkeit impliziert, dass der Zugang zu ärztlicher Versorgung und zu Gesundheitseinrichtungen «für jeden Menschen innerhalb eines Hoheitsgebiets eines Vertragsstaates ohne Diskriminierung» gewährleistet sein muss.<sup>23</sup> Damit sind die physische Zugänglichkeit (Gesundheitseinrichtungen und medizinisches Personal in erreichbarer Nähe) und die wirtschaftliche Zugänglichkeit (Gesundheitsversorgung ist für alle bezahlbar) sowie der Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen gemeint.<sup>24</sup> Die Abwanderung von Gesundheitspersonal führt zu einem Mangel an ausgebildeten Fachkräften, insbesondere in Entwicklungsländern. Dies erschwert die Realisierung des Rechts auf Gesundheit im Hinblick auf das Kriterium der Zugänglichkeit. Ist in einem Land nicht genügend Personal vorhanden, um die medizinische Grundversorgung zu gewährleisten, so ist anzunehmen dass dies auf Kosten der mittellosen sowie auch der ländlichen Bevölkerung geht.<sup>25</sup> Zudem kommt dem Gesundheitspersonal in der Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen eine wichtige Rolle zu.

[Rz 10] Die Verfügbarkeit beinhaltet unter anderem, dass jeder Staat dafür zu sorgen hat, dass «funktionierende Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuungsdienste» in ausreichendem Masse vorhanden sind.<sup>26</sup> Die WHO hat die Verfügbarkeit von Gesundheitsfachkräften entsprechend als einen grundlegenden Faktor für die Er-

---

(Artikel 9 Verfassung der Republik Chile, 21. Oktober 1980) oder Senegal (Artikel 8 Verfassung der Republik Senegal, 7. Januar 2001)).

<sup>19</sup> Ausschuss für Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 14, Das Recht auf ein Höchstmass an Gesundheit (Artikel 12), 22. Sitzung (2000), CESCR E/C.12/2000/4, Ziff. 43.

<sup>20</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (Fn. 19), Ziff. 43 (e).

<sup>21</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (Fn. 19), Ziff. 12.

<sup>22</sup> JANET ALICE DEWAN, Realizing rights: the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel: analysis with nurses» perspectives, in: *Law and Public Policy Dissertations*, Paper 21, Northeastern University, Boston, 2014, S. 61ff; LINCOLN CHEN ET AL., Human Resources for Health, overcoming the crisis, in: *The Lancet*, Vol. 364, 27. November 2004, S. 1984–1990, 1984.

<sup>23</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (Fn. 19), Ziff. 12 (b).

<sup>24</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (Fn. 19), Ziff. 12 (d) (i–iv).

<sup>25</sup> GILLES DUSSAULT / MARIA CRISTINA FRANCHESCHINI, Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of health workforce, in: *Human Resources for Health*, 4:12, 27. Mai 2006, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481612/>; JANET ALICE DEWAN (Fn. 22), S. 63.

<sup>26</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (Fn. 19), Ziff. 12 (a).

reichung eines funktionierenden Gesundheitssystems definiert.<sup>27</sup> Wie wichtig dieses Kriterium zur Realisierung des Rechts auf Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Millenniumsziele ist, zeigt das folgende Beispiel: Gemäss WHO werden auf 10' 000 Personen mindestens 23 Ärzte, Hebammen und Krankenpfleger benötigt, um die medizinische Versorgung von Müttern und Neugeborenen gewährleisten zu können. In Ländern, deren Bestand an qualifizierten Gesundheitsfachkräften unter dieser Grenze liegt, müssen viele Mütter auf Geburtshilfe verzichten. Zudem kann für Neugeborene keine spezielle Pflege bereitgestellt werden. Dies hat einen signifikant negativen Einfluss auf die Mütter- und Säuglingssterblichkeit.<sup>28</sup> Genügend Gesundheitspersonal ist auch in indirekter Weise eine wichtige Voraussetzung für die Realisierung des Kriteriums der Verfügbarkeit. Beispielsweise sind die Lieferung und die Verfügbarkeit von Medikamenten oder Impfstoffen wenig sinnvoll, wenn es keine professionellen Fachkräfte gibt, welche die Medikamente gezielt an Patienten verteilen können.<sup>29</sup> Damit erschwert die Rekrutierung und die Abwanderung von Gesundheitspersonal die Realisierung der Verfügbarkeit.<sup>30</sup>

[Rz 11] Auch das Kriterium der Annehmbarkeit ist durch die Abwanderung von Gesundheitspersonal schwieriger zu erreichen. Es besagt, dass Gesundheitseinrichtungen und ärztliche Betreuung «kulturell angemessen» sein müssen.<sup>31</sup> Der Personalbestand sollte an den spezifischen Kontext des jeweiligen Landes angepasst sein. Die Abwanderung des Personals mit dem entsprechenden kulturellen Hintergrund erschwert die Erfüllung dieser Bedingung. Zur Realisierung des vierten Kriteriums zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit, der Qualität, ist «geschultes medizinisches Personal» eine unverzichtbare Komponente.<sup>32</sup> Die Qualität des Gesundheitspersonals ist abhängig vom Wissensbestand und der Motivation der jeweiligen Fachkräfte.<sup>33</sup> Die Abwanderung von Gesundheitspersonal hat damit negative Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern.<sup>34</sup> Durch die emigrationsbedingte Abnahme qualifizierter Gesundheitsfachkräfte steigt zudem die Arbeitsbelastung der zurückbleibenden Arbeitskräfte. Letztere können deshalb ihre Arbeit nicht in der gleichen Qualität durchführen.

## 1.2. Migration und Recht auf Unterstützung

[Rz 12] Die Rekrutierung und die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften gefährden insbesondere schwache Gesundheitssysteme in Ländern, die weder in der Lage sind ausländische Gesundheitsfachkräfte anzuwerben noch im Land ausgebildete Gesundheitsfachkräfte zu behalten. Dass die Gesundheitssysteme vieler armer Länder unterentwickelt sind, liegt folglich auch an der ungleichen Verteilung globaler Ressourcen. Viele Herkunftsländer, insbesondere in Subsahara-Afrika, sind in Bezug auf die Emigration qualifizierter Fachkräfte hilflos, da sie nicht in der Lage sind,

---

<sup>27</sup> WHO, *Everybody's Business, Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, WHO's framework for Action, 2007, S. vi.

<sup>28</sup> [http://www.who.int/hrh/workforce\\_mdgs/en/](http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en/); LAWRENCE O. GOSTIN, *Global Health Law*, London/Cambridge, Harvard University Press, 2014, S. 343.

<sup>29</sup> Lawrence O. Gostin (Fn. 28), S. 344.

<sup>30</sup> JUDITH BUENO DE MESQUITA/MATT GORDON (Fn. 6), S. 26.

<sup>31</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (Fn. 19), Ziff. 12 (c).

<sup>32</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (Fn. 19), Ziff. 12 (d).

<sup>33</sup> WHO-Regionalkomitee für Europa (Fn. 9), Ziff. 11.

<sup>34</sup> BRUNO MARCHAL / GUY KEGELS, *Health Workforce Imbalances in Times of Globalization: Brain Drain or Professional Mobility?*, in: *International Journal of Health Planning and Management*, 18, 2003, S. 89–101, 93.

dem Lohnniveau und den Arbeitsbedingungen entwickelter Staaten zu entsprechen.<sup>35</sup>

[Rz 13] Das Recht auf Gesundheit wurde vielfach auch als ein Recht ärmerer Länder auf Unterstützung durch reichere Länder interpretiert.<sup>36</sup> Das oben ausgeführte Beispiel der Gesundheitssysteme Liberias und Sierra Leones zeigt, dass bestimmte Staaten internationale Unterstützung beim Ausbau der Kapazitäten des Gesundheitssystems brauchen, um ihren menschenrechtlichen Verpflichtungen in Bezug auf die Gesundheit nachkommen zu können.<sup>37</sup> Dies ist auf hoher politischer Ebene anerkannt, was auch während des diesjährigen G7-Gipfels deutlich wurde. Dort verpflichteten sich Staats- und Regierungschefs dazu, mindestens 60 Länder bei der Stärkung ihrer Gesundheitssysteme zu unterstützen.<sup>38</sup> In diesem Sinne formuliert der Internationale Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte (UNO-Pakt I) die Verpflichtung der Staaten, die Vertragsbestimmungen «einzeln und durch internationale Hilfe und Zusammenarbeit» zu implementieren.<sup>39</sup> Der Ausschuss für Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte betont in seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 14 ebenfalls die Wichtigkeit der internationalen Zusammenarbeit und der Unterstützung, um das in Artikel 12 des Paktes verankerte Recht auf Gesundheit gewährleisten zu können. Er fordert die Staaten dazu auf, «den Zugang zu elementaren medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung in anderen Ländern, wann immer möglich, [zu] erleichtern und auf Anfrage notwendige Hilfe zur Verfügung zu stellen.»<sup>40</sup>

[Rz 14] Diese Forderung konkretisiert die allgemeine Verpflichtung der UNO-Mitgliedstaaten, bei der Lösung «internationaler Probleme wirtschaftlicher, sozialer, gesundheitlicher und verwandter Art» zusammen zu arbeiten.<sup>41</sup> Grundsätzlich liegt eine hochwertige Gesundheitsversorgung nicht nur im Interesse der einzelnen Staaten, sondern im Interesse der Weltgemeinschaft.<sup>42</sup> Auch wenn das Recht auf Unterstützung durch andere Staaten kein justiziables Recht ist, ist deshalb eine nachhaltige Unterstützung der Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern durch wohlhabende Staaten erforderlich – basierend auf einem Bewusstsein geteilter Verantwortung und Solidarität.<sup>43</sup>

## 2. Menschenrechtlicher Schutz der Migrantinnen und Migranten

[Rz 15] Neben dem Recht auf Gesundheit stehen hinsichtlich der Migration von Gesundheitsfachkräften andere, ebenso wichtige Menschenrechte: die Rechte der einzelnen Gesundheitsfachkräfte, die migrieren wollen. In diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung sind das Recht, jedes

<sup>35</sup> DELANYO DOVLO (Fn. 7), S. 376.

<sup>36</sup> Z.B. WALTER KÄLIN / JÖRG KÜNZLI, *Universeller Menschenrechtsschutz*, Basel, Helbing Lichtenhahn Verlag, 2008, S. 360 f.

<sup>37</sup> WHO/OHCR, A Human Rights-Based Approach to Health, Factsheet, [http://www.who.int/hhr/activities/hrba\\_to\\_health\\_infosheet.pdf?ua=1](http://www.who.int/hhr/activities/hrba_to_health_infosheet.pdf?ua=1).

<sup>38</sup> The Lancet, Editorial, The G7 and global health: inaction or incisive leadership?, Vol. 385, Nr. 9986, 20. Juni 2015, S. 2433.

<sup>39</sup> Artikel 2 (1) Internationaler Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte (Fn. 17).

<sup>40</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (Fn. 19), Ziff. 39.

<sup>41</sup> Artikel 55 und 56 Charta der Vereinten Nationen, 24. Oktober 1945, 1 UNTS XVI.

<sup>42</sup> In der Erklärung von Alma-Ata wurden die Ungleichheiten zwischen Entwicklungsländern und entwickelten Ländern als «nicht hinnehmbar und deshalb ein gemeinsames Anliegen für alle Länder» bezeichnet. Die Staaten werden zur Zusammenarbeit aufgerufen, um allen Menschen Zugang zu primärer Gesundheitsversorgung ermöglichen zu können (Erklärung von Alma-Ata, Verabschiedet an der Internationalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, 12. September 1978, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/132218/e93944G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf), Ziff. II und IX).

<sup>43</sup> GOSTIN (Fn. 28), S. 28 f.



Land zu verlassen (2.1) sowie das Recht auf diskriminierungsfreie Behandlung am Arbeitsplatz (2.2).

## 2.1. Das Recht, das Land zu verlassen

[Rz 16] Das Recht, jedes Land zu verlassen ist ein wesentlicher Bestandteil der individuellen Freiheit und ermöglicht es jedem Individuum, im Rahmen der national anwendbaren Niederlassungsgesetze seinen Arbeits- und Lebensort frei zu wählen. Der UNO-Menschenrechtsausschuss verleiht der Bedeutung dieses Rechtes Ausdruck, indem er betont: «The liberty of movement is an indispensable condition for the free development of a person.»<sup>44</sup> Die Auswanderungsfreiheit ist beispielsweise in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte<sup>45</sup> und im Internationalen Pakt über Bürgerliche und Politische Rechte verankert: «Jedermann steht es frei, jedes Land einschliesslich seines eigenen zu verlassen.»<sup>46</sup>

[Rz 17] Gesundheitsfachkräfte, die für ihre Berufsausübung von qualitativ hochwertigen nationalen Gesundheitsinfrastrukturen abhängig sind, sind besonders an der Ausübung dieser Freiheit interessiert. Überlastung am Arbeitsplatz, niedrige Löhne aber auch Mangel an Weiterbildungsmöglichkeiten sowie unzureichende materielle Ausstattung von Spitälern sind Faktoren, die Gesundheitspersonal zur Emigration bewegen. So definiert auch der UN-Ausschuss für Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte ein «im Inland wettbewerbsfähiges Gehalt» als zentralen Aspekt für die Verfügbarkeit von Gesundheitsversorgung.<sup>47</sup>

[Rz 18] Nationale Gesetze können möglicherweise die Freiheit der im Land ausgebildeten Gesundheitsfachkräfte weiter einschränken, indem sie Personen verpflichten, für eine bestimmte Periode an einem bestimmten Ort im Gesundheitswesen zu arbeiten. Diese Einschränkungen sind aber temporär und nicht absolut. Einige Länder haben *bonding*-Strategien entwickelt, um ausgebildete Gesundheitsfachkräfte an der Abwanderung zu hindern.<sup>48</sup> So müssen zum Beispiel die Absolventen einer medizinischen Ausbildung in Thailand drei Jahre lang im öffentlichen Gesundheitssektor arbeiten.<sup>49</sup> In Ecuador sind Medizinstudentinnen und -studenten nach Abschluss ihrer Ausbildung verpflichtet, zwei Jahre in einer Gesundheitseinrichtung ausserhalb der urbanen Zentren zu arbeiten.<sup>50</sup>

---

<sup>44</sup> Menschenrechtsausschuss, Allgemeine Bemerkung Nr. 27, Freedom of Movement, U.N. Doc CCPR/C/21/Rev.1/Add.9 (1999), Ziff. 1.

<sup>45</sup> Artikel 13 (2) Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (Fn. 16).

<sup>46</sup> Artikel 12 (2) Internationaler Pakt über Bürgerliche und Politische Rechte. Verabschiedet am 16. September 1966; Inkrafttreten am 23. März 1976. Das Recht auf Auswanderungsfreiheit ist zudem auch in Artikel 5, Abs. d des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung oder in Artikel 8 der Wanderarbeiterkonvention zu finden.

<sup>47</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (Fn. 19), Ziff. 12 (a).

<sup>48</sup> Vgl. z.B. JONATHAN CRUSH / WADE PENDLETON, The Brain Drain Potential of Students in the African Health and Nonhealth Sectors, in: *International Journal of Population Research*, 2012, S. 1–10.

<sup>49</sup> SUWIT WIBULPOLPRASERT / PAICHIT PENGPAIBON, Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience, in: *Human Resources for Health*, I:12, 25. November 2003, <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/12/>.

<sup>50</sup> GALO SÁNCHEZ DEL HIERRO / ROY REMMEN / VERONIQUE VERHOEVEN / PAUL VAN ROYEN / KRISTIN HENDIRCKX, Are recent graduates enough prepared to perform obstetric skills in their rural and compulsory year? A study from Ecuador, in: *British Medical Journal*, 4, 2014, S. 1–7, 1.

## 2.2. Das Recht auf Gleichbehandlung am Arbeitsplatz

[Rz 19] Von grosser Bedeutung ist im Hinblick auf den menschenrechtlichen Schutz der Migrierenden auch die Forderung, ausländische Gesundheitsfachkräfte nicht zu diskriminieren. Dieser Grundsatz ist ein Querschnittsgrundrecht, das mit sämtlichen Menschenrechten untrennbar verknüpft und in den meisten universellen und regionalen Menschenrechtsabkommen verankert ist.<sup>51</sup> Menschenrechtliche Ansprüche müssen «ohne Diskriminierung hinsichtlich der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, der Geburt oder des sonstigen Status» garantiert sein.<sup>52</sup> Migrantinnen und Migranten laufen in ihrem Zielstaat häufig Gefahr, bezüglich Arbeitsbedingungen und Aufstiegsmöglichkeiten schlechter behandelt zu werden als gleich qualifizierte inländische Fachkräfte.<sup>53</sup> Die Diskriminierung der migrierenden Gesundheitsfachkräfte im Zielland ist empirisch belegt. In Grossbritannien hat beispielsweise eine Studie gezeigt, dass eingewanderte Gesundheitsfachkräfte Diskriminierungen ausgesetzt sind, vor allem im Hinblick auf berufliche Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten.<sup>54</sup> Auch in der Schweiz wurden Diskriminierungen von ausländischem Gesundheitspersonal festgestellt. SORDAT et al. halten allerdings fest, dass diese Situation in der Schweiz «keine ausgeprägten Reaktionen aus[löste], was mit Gründen erklärt wird, die sich aus einem Vergleich mit den Anstellungsbedingungen in den Herkunftsländern ergeben.»<sup>55</sup> In Frankreich werden im Ausland ausgebildete Gesundheitsfachkräfte ebenfalls diskriminiert: aufgrund hoher Hürden bei der Anerkennung von Diplomen verdienen zugewanderte Fachkräfte häufig signifikant weniger als ihre in Frankreich ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen – und dies obwohl Frankreich in hohem Masse auf ausländisches Gesundheitspersonal angewiesen ist.<sup>56</sup>

## III. Migration und Schutzmechanismen des WHO-Verhaltenskodex

[Rz 20] Der Globale WHO-Verhaltenskodex für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften stellt ein wichtiges Instrument für den Schutz der in diesem Zusammenhang relevanten Menschenrechte dar. Ziel des Kodex ist «unter Berücksichtigung der Rechte, Verpflichtungen und Erwartungen der Herkunfts- und Zielländer sowie der abwandernden Gesundheitsfachkräfte freiwillige Grundsätze und Praktiken für eine ethische internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften festzulegen und zu fördern.»<sup>57</sup> Um dieses Ziel zu erreichen, formuliert der Verhaltenskodex zehn Grundsätze, wie Gesundheitsfachkräfte rekrutiert werden können, ohne dass dies den Gesund-

---

<sup>51</sup> Z.B. in Artikel 2 Abs. 2 Internationaler Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte (Fn. 17), Artikel 1, Abs. 1 Amerikanische Menschenrechtskonvention, Artikel 14 Europäische Menschenrechtskonvention.

<sup>52</sup> Artikel 2 (2) Internationaler Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte (Fn. 17).

<sup>53</sup> DEBASIS SINGH, Racism rife in the medical profession, BMA report says, in: *British Medical Journal*, Vol. 326, Juni 2003, S. 1418.

<sup>54</sup> DEBASIS SINGH, Racism rife in the medical profession, BMA report says, in: *British Medical Journal*, Vol. 326, Juni 2003, S. 1418.

<sup>55</sup> DELPHINE SORDAT / JEAN-DANIEL BIÉLER / CLÉMENCE MERCAY, Die Internationale Migration des Gesundheitspersonals in der Schweiz, Bestandesaufnahme und Denkanstösse, Eidgenössisches Departement des Innern und Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten, Oktober 2010, S. 6.

<sup>56</sup> JEAN-BAPTISTE FRANCOIS, Les médecins étrangers comblent les carences des hôpitaux, 21. Juni 2013, [http://www.la-croix.com/Ethique/Medecine/Les-medecins-etrangers-comblent-les-carences-des-hopitaux-\\_NP\\_-2013-02-27-915818](http://www.la-croix.com/Ethique/Medecine/Les-medecins-etrangers-comblent-les-carences-des-hopitaux-_NP_-2013-02-27-915818).

<sup>57</sup> Artikel 1.1 WHO-Verhaltenskodex (Fn. 13).

heitssystemen in Entwicklungsländern erheblichen Schaden zufügt. Dabei werden Mitgliedstaaten dazu aufgefordert, «das Recht der Bevölkerung von Herkunftsländern auf die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitsstandards» zu respektieren.<sup>58</sup> Mit Personalagenturen, Arbeitnehmern und Arbeitgebern fordert der Verhaltenskodex zudem nicht nur Mitgliedsstaaten, sondern auch private Akteure auf, bei der Umsetzung der im Kodex enthaltenen Bestimmungen mitzuarbeiten. So sollen Mitgliedstaaten nur die Personalagenturen «begünstigen und fördern», die sich an die im Kodex festgesetzten Verpflichtungen halten.<sup>59</sup>

[Rz 21] Damit steht der Verhaltenskodex im Einklang mit den Menschenrechten, die geschützt werden sollen. Er definiert die folgenden konkreten Massnahmen zur Realisierung dieses Schutzes: Den Aufbau eines nachhaltigen Personalbestandes im Gesundheitswesen (1), den Schutz der Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern (2) und den Schutz der Rechte des migrierten Gesundheitspersonals (3).

## **1. Schaffung eines nachhaltigen Personalbestands**

[Rz 22] Ein Schwerpunkt des Kodex liegt auf der Forderung, dass Staaten ihren Personalbedarf im Gesundheitswesen wenn möglich mit eigenen Mitteln decken sollten.<sup>60</sup> So verlangt Artikel 5.4, dass jedes Land «wirksame Massnahmen treffen [sollte], um einen Bestand an Gesundheitsfachkräften auszubilden, an das Heimatland zu binden und aufrechtzuerhalten.» Dies soll beispielsweise durch die Förderung von Aus- und Weiterbildungen und durch entsprechende gesetzgeberische Massnahmen erreicht werden. Zudem erkennt der Verhaltenskodex zwar an, dass die Migration von Gesundheitsfachkräften «einen sinnvollen Beitrag zum Ausbau und zur Stärkung von Gesundheitssystemen leisten kann», betont aber gleichzeitig, dass die Anwerbung von Gesundheitspersonal korrekt zu erfolgen habe.<sup>61</sup> Dies bedeutet unter anderem, dass die Rekrutierung unter Berücksichtigung internationaler Grundsätze wie Transparenz und Gerechtigkeit stattfinden muss.<sup>62</sup>

[Rz 23] Effektive Kooperation und Verbesserung des Gesundheitspersonalbestandes und damit des Gesundheitssystems setzen Wissen über die Migrationsbewegungen und über Anzahl, Qualifikation und Einkommen der Gesundheitsfachkräfte voraus.<sup>63</sup> Deshalb fordert der Verhaltenskodex die Mitgliedstaaten dazu auf, Daten zu sammeln, zu analysieren und zu publizieren sowie «Informationssysteme für Gesundheitsfachkräfte zu schaffen.»<sup>64</sup> Auch der zwischenstaatliche Informationsaustausch soll gefördert werden.<sup>65</sup> Zudem müssen die Mitgliedstaaten der WHO in regelmässigen Abständen über die Sammlung der Daten und die Implementierung des Verhaltenskodex Bericht erstatten.<sup>66</sup> Zu diesem Zweck hat die WHO einen Fragebogen ausgearbeitet, der von den Staaten in regelmässigen Abständen beim WHO-Sekretariat eingereicht werden soll, um einen

---

<sup>58</sup> Artikel 3.4 *ibid.*

<sup>59</sup> Artikel 8.6 *ibid.*

<sup>60</sup> Artikel 3.6 *ibid.*

<sup>61</sup> Artikel 3.2 *ibid.*

<sup>62</sup> Artikel 3.5 *ibid.*

<sup>63</sup> WHO, *Working Together for Health* (Fn. 4), S. 15.

<sup>64</sup> Artikel 6.2 WHO-Verhaltenskodex (Fn. 13).

<sup>65</sup> Artikel 7 *ibid.*

<sup>66</sup> Artikel 9 *ibid.*

Überblick über die aktuelle Lage in den jeweiligen Ländern zu liefern.<sup>67</sup>

## 2. Besonderer Schutz der Entwicklungsländer

[Rz 24] Der Verhaltenskodex verlangt, dass die dort formulierten Grundsätze in einer Weise angewendet werden, die zur Stärkung der Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern beiträgt.<sup>68</sup> Dabei soll der Grundsatz anerkannt werden, dass die «Gesundheit aller Menschen (...) grundlegend für die Verwirklichung von Frieden und Sicherheit» ist.<sup>69</sup> Um den besonderen Schutz der Entwicklungsländer zu gewährleisten, hält der Verhaltenskodex zudem fest, dass diesen Staaten in der internationalen Zusammenarbeit zur Stärkung von Gesundheitssystemen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte.<sup>70</sup> So beinhaltet er die Aufforderung an entwickelte Länder, «in grösstmöglichem Umfang technische und finanzielle Hilfe für Entwicklungs- und Schwellenländer [zu] leisten [um die Stärkung der Gesundheitssysteme und der Entwicklung von Gesundheitspersonal zu sichern]».<sup>71</sup>

[Rz 25] Neben der Förderung internationaler Zusammenarbeit werden die Mitgliedstaaten dazu aufgefordert, Massnahmen zu ergreifen, um die negativen Folgen der Migration von Gesundheitsfachkräften aus Entwicklungsländern abzuschwächen.<sup>72</sup> So verbietet der Kodex die Rekrutierung von Gesundheitspersonal aus Ländern mit Personalnotstand<sup>73</sup> und verlangt, dass die «Mitgliedstaaten (...) im grösstmöglichen Masse und im Einklang mit dem geltenden Recht gewährleisten, dass Personalanwerber und Arbeitgeber bei der Beschäftigung zugewanderter Gesundheitsfachkräfte faire und angemessene Anwerbungs- und Vertragspraktiken anwenden.»<sup>74</sup>

## 3. Schutz der Rechte der Arbeitskräfte

[Rz 26] Wie oben ausgeführt, ist der Schutz der migrierenden Gesundheitsfachkräfte aus menschenrechtlicher Perspektive ein zentrales Anliegen. So trägt auch der Verhaltenskodex der Wichtigkeit des Schutzes der migrierenden Gesundheitsfachkräfte Rechnung.<sup>75</sup> Dies betrifft in erster Linie die Zielstaaten, die gegenüber den Migrantinnen und Migranten das Recht auf diskriminierungsfreie Behandlung am Arbeitsplatz gewährleisten müssen. Der Verhaltenskodex berücksichtigt das menschenrechtliche Diskriminierungsverbot, indem er festhält, dass «bei keinem der Aspekte der Beschäftigung und Behandlung von zugewanderten Gesundheitsfachkräften rechtswidrige Unterschiede gemacht werden dürfen.»<sup>76</sup> Ausländischen Gesundheitsfachkräften sollen die gleichen Rechte, Pflichten und Möglichkeiten zukommen wie inländischem Personal.<sup>77</sup> Zudem fordert der Kodex die

---

<sup>67</sup> Vgl. [http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO\\_CODE\\_NationalReportingInstEn.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_CODE_NationalReportingInstEn.pdf).

<sup>68</sup> Artikel 2.3 WHO-Verhaltenskodex (Fn. 13).

<sup>69</sup> Artikel 3.1 *ibid.*

<sup>70</sup> Artikel 1.4 *ibid.*

<sup>71</sup> Artikel 3.3 und 5.1 *ibid.*

<sup>72</sup> Artikel 3.2 *ibid.*

<sup>73</sup> Artikel 5.1 *ibid.*

<sup>74</sup> Artikel 4.4 *ibid.*

<sup>75</sup> Artikel 3.5, 4.5 und 4.6 *ibid.*

<sup>76</sup> Artikel 3.5 *ibid.*

<sup>77</sup> Artikel 4.5f. *ibid.*

Gewährleistung «angemessene[r] Anwerbungs- und Vertragspraktiken»<sup>78</sup> und die Förderung und Respektierung «faire[r] Arbeitspraktiken für alle Gesundheitsfachkräfte.»<sup>79</sup>

[Rz 27] Gleichzeitig sind aber auch die Herkunftsstaaten gefordert, das Menschenrecht auf Auswanderungsfreiheit zu achten. In diesem Zusammenhang betont der Verhaltenskodex «das Recht der einzelnen Gesundheitsfachkräfte, jedes Land gemäss den geltenden Gesetzen zu verlassen.»<sup>80</sup> Zudem hält er fest, dass keine seiner Bestimmungen so auszulegen sei, «als schränke es die Rechte von Gesundheitsfachkräften ein, im Einklang mit dem geltenden Gesetz in Länder einzuwandern, die sie aufzunehmen und ihnen Arbeit zu geben wünschen.»<sup>81</sup>

#### IV. Ausblick

[Rz 28] Dieser Beitrag zeigt den hohen Komplexitätsgrad menschenrechtlicher Fragen in Bezug auf die Migration und Rekrutierung von Gesundheitspersonal. Die Verpflichtung der einzelnen Staaten, das höchstmögliche Mass an Gesundheit zu gewährleisten vermischt sich mit Verpflichtungen der Staatengemeinschaft gegenüber Entwicklungsländern und mit den spezifischen Menschenrechten der migrierenden Gesundheitsfachkräfte. Wie die aktuelle Debatte über die Effektivität des WHO-Verhaltenskodex zeigt, gewinnt die Thematik mit dem demographischen Wandel an Brisanz. Grundsätzlich muss das Ziel sowohl in den Herkunfts- als auch in den Zielstaaten sein, dass die Herausforderungen, die durch die Migration von Gesundheitsfachkräften entstehen, mit der und durch die Verwirklichung von Menschenrechten bewältigt werden können. Hierbei ist der Globale Verhaltenskodex der WHO für die Internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal eine zentrale Errungenschaft.

---

STÉPHANIE DAGRON, Prof. Dr., SNF-Förderungsprofessur am Rechtswissenschaftlichen Institut, Universität Zürich.

JULIA RICHTER, SNF-Doktorandin / Assistentin, Universität Zürich.

---

<sup>78</sup> Artikel 4.4 *ibid.*

<sup>79</sup> Artikel 3.5 *ibid.*

<sup>80</sup> Artikel 3.4 *ibid.*

<sup>81</sup> Artikel 3.4 *ibid.*